

BAB II

KETIDAKADILAN DALAM SISTEM KESEHATAN GLOBAL DAN INISIASI FPGH (*FOREIGN POLICY AND GLOBAL HEALTH*) SEBAGAI LANGKAH ALTERNATIF INDONESIA

Bab ini membahas tentang gambaran umum mengenai isu kesehatan global yang berfokus pada masalah penyebaran penyakit flu burung di Indonesia. Kemudian menjelaskan penyebaran virus penyakit flu burung sebagai masalah kesehatan global dan bagaimana peran WHO sebagai organisasi internasional yang bekerja di bidang kesehatan mengkoordinasi hal tersebut. Selanjutnya juga menjelaskan sistem akses kesehatan di dalam tubuh WHO dan ketidakadilan di dalamnya serta inisiasi FPGH sebagai alternatif yang digunakan oleh negara-negara.

2.1 Wabah Flu Burung di Indonesia

Flu burung merupakan salah satu penyakit menular yang disebabkan oleh virus H5N1 dan dapat menyebabkan kematian pada unggas secara mendadak serta penyebarannya sangat cepat. Pada perkembangannya, flu burung dapat menular kepada manusia dari unggas yang terserang virus H5N1. Penularan yang terjadi melalui kontak langsung dengan unggas yang terinfeksi (saat membawa/mengangkut, menyembelih dan terkontaminasi kotoran unggas) dan makan darah, telur atau daging unggas yang setengah matang.³⁴

³⁴ Komnas Pengendalian Flu Burung dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza, Petunjuk Umum Pencegahan Flu Burung (H5N1) pada Unggas dan Manusia, dalam <https://www.k4health.org/sites/default/files/BlueBooklet%20copy.pdf> diakses pada (01/01/2018, 18:46 WIB)

Pada tahun 2003 flu burung mulai ditemukan di Indonesia. Penyakit menular ini telah tersebar melalui unggas di kawasan Asia, Timur Tengah, Eropa dan Afrika. Umumnya penyakit ini menyerang unggas, yang menyebabkan kematian pada unggas. Akan tetapi bisa menular pada manusia dengan kontak fisik tertentu yang akhirnya bisa menular antara manusia ke manusia. Pada 25 Januari 2004 dilaporkan penyakit ini menyebabkan kurang lebih 11 juta unggas di beberapa daerah di Indonesia mati. Bahkan 30 dari 33 provinsi di Indonesia terserang virus flu burung yang berdampak pada kerugian triliunan rupiah pada industri-industri unggas.³⁵

Kemudian kasus flu burung pada manusia di Indonesia pertama kali ditemukan pada tahun 2005 di Tanah Karo, Sumatera Utara.³⁶ Setelahnya terdapat kasus flu burung di beberapa daerah di Indonesia, seperti yang tertera pada tabel berikut:

Tabel 2.1.³⁷ Kasus Flu Burung di Indonesia Juli 2005 – 10 September 2006

No	Provinsi	AI pada Manusia		Dalam Penyelidikan	
		Jumlah Kasus	Kematian	Jumlah Kasus	Kematian
1	Aceh	0	0	0	0
2	Sumatera Utara	7	6	3	1
3	Riau	0	0	1	0
4	Sumatera Barat	1	0	0	0
5	Jambi	0	0	0	0
6	Sumatera Selatan	0	0	4	0
7	Lampung	3	0	4	0

³⁵ Endang K, Sedyaningsih. Vivi, Setyawaty, dkk, *Karakteristik Epidemiologi Kasus-Kasus Flu Burung di Indonesia Juli 2005 – Oktober 2006*, dalam ejournal.litbang.depkes.go.id/index.php/BPK/article/download/1201/292 diakses pada (31/07/17, 00:58)

³⁶ United Nations Intenational Children's Fund (UNICEF), *Sekilas – Flu Burung*, dalam https://www.unicef.org/indonesia/id/health_nutrition_7194.html diakses pada (28/07/17, 00.49 WIB)

³⁷ Andi Zulkifli, *Epidemiologi Perencanaan Kesehatan Dalam Penanganan Masalah Flu Burung*, dalam <http://repository.unhas.ac.id/bitstream/handle/123456789/2850/eperkes%20flu%20burung%202007.pdf?sequence=1> diakses pada (04/08/17, 00:43 WIB)

8	Banten	8	7	9	6
9	Jakarta	16	14	41	15
10	Jawa Barat	21	16	58	15
11	Jawa Tengah	3	2	9	5
12	Yogyakarta	0	0	1	1
13	Jawa Timur	3	2	5	0
14	Bali	0	0	2	0
15	Kalimantan Timur	0	0	1	1
16	Sulawesi Selatan	1	1	4	0
17	Sulawesi Tenggara	0	0	5	0
18	Papua	0	0	0	0
Total		63	48	147	44

Jumlah tersebut menjadikan Indonesia sebagai peringkat tertinggi dalam kasus flu burung daripada negara-negara lain. Keadaan ini disebabkan oleh berbagai faktor, yaitu: deteksi dini yang sulit dilakukan, kesadaran masyarakat akan bahaya flu burung masih rendah, dan kewaspadaan petugas medis yang kurang. Hal lain yang membuat kasus flu burung pada saat itu ialah gejala awal dari flu burung yang menyerupai gejala awal penyakit-penyakit lain (demam berdarah, influenza dll). Selain itu mayoritas dari penderita flu burung dibawa ke rumah sakit dengan keadaan yang sudah parah, sehingga pengobatan yang diberikan tidak maksimal dan tidak memberi banyak manfaat untuk kesembuhan.³⁸

Sejak penemuan kasus kematian pada penderita flu burung, masyarakat Indonesia dilanda ketakutan akan flu burung. Karena virus bisa disebarkan melalui udara kemudian bisa terhirup ke dalam pernafasan. Satu hingga empat hari merupakan masa inkubasi virus dalam tubuh sebelum seseorang merasakan sakit.³⁹ Hal ini jelas menjadi ancaman bagi masyarakat Indonesia pada saat itu. Ini tidak

³⁸ Endang K, Sedyaningsih. Vivi, Setyawaty, dkk, *Op. Cit.*

³⁹ Marc Siegel, 2006, *Flu Burung: Serangan Wabah Ganas dan Perlindungan Terhadapnya*, Bandung: PT. Mizan Pustaka, hal 38.

berlaku pada Indonesia saja, akan tetapi flu burung menjadi ancaman yang nyata bagi seluruh negara.

2.1.1 Penyebaran Virus Flu Burung Sebagai Masalah Kesehatan Global

Masalah kesehatan khususnya penyakit menular merupakan masalah yang dapat mengancam manusia. Batas wilayah negara bukan menjadi batasan bagi penyakit untuk menyebar. Ancaman penyakit merupakan ancaman yang nyata bagi seluruh negara di dunia. Karena penyakit bisa menyerang semua makhluk hidup mulai dari tumbuhan, binatang dan manusia. Adapun isu flu burung yang menjadi masalah global, yaitu:

A. Isu Keselamatan Pangan

Adanya pandemi flu burung menjadi permasalahan sendiri dalam bidang keselamatan pangan. Karena mengakibatkan konsumsi terhadap makanan berjenis unggas menjadi terancam. Sistem produksi dan pemasaran industri unggas yang banyak merasakan dampak kerugian dari pandemi flu burung. Karena kegiatan ini memiliki potensi yang besar untuk terkontaminasi oleh virus flu burung. Virus ini menyebar ke hampir seluruh bagian unggas yang terinfeksi, termasuk sarang, daging dan tulang. Karenanya virus flu burung dapat hidup dalam daging unggas mentah dan dapat menyebar melalui distribusi produk makanan.⁴⁰

⁴⁰ World Health Organization (WHO), *Avian Influenza: Food Safety Issues*, dalam http://www.who.int/foodsafety/areas_work/zoonose/avian/en/index1.html diakses pada (31/07/17, 01:05 WIB)

B. Isu Kesehatan Hewan Ternak

Flu burung sudah jelas menjadi isu hewan ternak. Unggas merupakan salah satu yang menjadi pangan hampir di seluruh negara. Di negara berkembang peternak unggas merupakan mata pencaharian bagi masyarakatnya, selain menjadi mata pencaharian, unggas dijadikan persediaan makanan. Di sisi lain, flu burung juga berdampak pada ekonomi negara-negara yang terkena wabah. Hal ini juga memiliki dampak global berupa penolakan masyarakat internasional terhadap produk unggas.⁴¹

C. Isu Kesehatan Masyarakat

Setiap manusia pastinya tidak menginginkan terkena penyakit. Munculnya isu flu burung juga tidak dapat menjamin setiap individu aman dari ancamannya. Jika sebuah negara mengalami masalah pada kesehatan masyarakat maka yang akan bertindak ialah pemerintah. Pemilik otoritas atas kesehatan masyarakat harus menyampaikan pentingnya risiko. Menyampaikan kepada masyarakat seberapa besar ancaman wabah flu burung. Sehingga masyarakat dapat mempersiapkan pencegahan tanpa panik. Selain itu juga adanya hubungan antar negara. Jika wabah flu burung terjadi di suatu negara, maka hubungan ke negara lain cenderung tertutup. Maka pemerintah perlu menyiapkan pasokan domestik berupa sandang, pangan energi hingga obat-obatan. Ini karena jika suatu negara terkena wabah maka cenderung akan dikusilkan oleh negara lain.⁴²

⁴¹ Phil Harris, *Avian Influenza: An Animal Health Issue*, dalam <http://www.fao.org/avianflu/en/issue.html> diakses pada (31/07/17, 01:07 WIB)

⁴² Marc Siegel, *Op. Cit.* hal 64-65.

2.1.2 Tantangan Wabah Flu Burung di Negara Berkembang

Dampak kerugian wabah flu burung sangat dirasakan oleh negara-negara berkembang terutama dalam sektor ekonomi. Wabah influenza pada unggas itu mengakibatkan kehancuran bagi industri ternak unggas. Khususnya kerugian sangat dirasakan oleh negara-negara yang terkena wabah. Pada negara berkembang yang memerlukan unggas sebagai sumber utama untuk memenuhi protein dalam panganan, hal ini berpengaruh besar terhadap gizi masyarakat. Jika wabah meluas maka pengendalian penyakit semakin sulit dilakukan dan butuh persiapan bertahun-tahun.⁴³

Table 2.2⁴⁴ Wabah H5N1 pada unggas dan manusia di Asia Tenggara

Negara	Tahun terserang wabah	Jumlah wabah pada unggas	Jumlah wabah pada manusia	Jumlah kematian pada manusia	Persentasi kefatalan wabah
Indonesia	2003	261	141	115	82%
Kamboja	2003	21	8	7	88%
China	1996	98	38	25	66%
Malaysia	2004	16	0	0	0%
Myanmar	2006	93	1	0	0%
Thailand	2004	1141	25	17	68%
Vietnam	2003	2539	111	56	50%

Melihat dampak yang ditimbulkan oleh wabah flu burung dan risiko penyebarannya yang sudah melewati batas negara. Perlu adanya tindakan Perserikatan Bangsa-Bangsa⁴⁵ sebagai organisasi internasional. WHO sebagai badan organisasi PBB yang bekerja khusus dalam bidang kesehatan juga turut andil dalam merespon kasus pandemi flu burung. Dengan semangat meningkatkan mutu

⁴³ Kartono Muhammad, *Flu Burung*, dalam http://influenzareport.com/influenzareport_indonesian.pdf diakses pada (03/08/17, 18:44 WIB)

⁴⁴ Ramona A Gutiérrez, Monica J Naughtin, dkk, *A(H5N1) Virus Evolution In South East Asia*, dalam <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3185531/> diakses pada (15/11/17, 01:27 WIB)

⁴⁵ Selanjutnya disingkat PBB

kesehatan dunia, WHO mengizinkan seluruh negara di dunia menjadi anggota WHO tanpa terkecuali.

2.2 WHO Sebagai Rezim Kesehatan Internasional



Gambar 2.1.⁴⁶ Logo WHO

Pada tahun 1945 saat para diplomat-diplomat dari berbagai negara membentuk PBB, salah satu hal yang didiskusikan oleh para diplomat ialah untuk membentuk suatu organisasi kesehatan global. Berdasarkan konstitusi WHO yang berlaku pada tanggal 7 April 1948, WHO merupakan badan khusus PBB yang berdiri di Genewa, Swiss pada tahun 1948. WHO diselenggarakan melalui *World Health Assembly* (Majelis Kesehatan Dunia)⁴⁷. WHA terdiri dari perwakilan dari seluruh negara anggota dan menyelenggarakan sidang satu tahun sekali.⁴⁸

2.2.1 Arah dan Otoritas WHO

WHO dalam operasionalisasinya memiliki beberapa arah dan otoritas dalam koordinasi kesehatan internasional dalam sistem PBB, antara lain⁴⁹:

⁴⁶ Diakses dalam <http://www.who.int> (21/07/17, 22:11 WIB)

⁴⁷ Selanjutnya disingkat WHA

⁴⁸ World Health Organization, *Who We Are*, dalam <http://www.who.int/about/who-we-are/en/> diakses pada (21/07/17, 22:11 WIB)

⁴⁹ World Health Organization, *What We Do*, dalam <http://www.who.int/about/what-we-do/en/> diakses pada (21/07/17, 23:34 WIB)

- A. *Providing leadership*, menyediakan kerjasama untuk hal-hal yang penting untuk kesehatan dan terlibat dalam kemitraan yang memerlukan tindakan bersama.
- B. *Research agenda*, melakukan agenda riset dan menyebarkan hasil penelitian yang memiliki nilai.
- C. *Norms and standards*, WHO menghasilkan norma dan standar serta mempromosikan dan memantau pelaksanaannya.
- D. *Ethical and evidence-based*, WHO mengartikulasikan pilihan kebijakan berdasarkan etika dan bukti.
- E. *Technical support*, memberikan dukungan teknis atas untuk peningkatan kesehatan, menjadi katalisator perubahan dan membangun kapasitas kelembagaan yang berkelanjutan.
- F. *Monitoring*, memantau situasi kesehatan terkini.

Arah dan otoritas yang dimiliki oleh WHO diatas merupakan fungsi dari WHO untuk menyelenggarakan sistem pengaturan dan pengawasan terhadap kegiatan-kegiatan yang akan dilakukan.

2.2.2 Area atau Wilayah Cakupan Teknis WHO

Selain memiliki arah dan otoritas WHO juga memiliki area atau wilayah untuk melakukan teknis-teknis kerja⁵⁰, yakni:

A. Sistem Kesehatan

WHO memiliki prioritas untuk bergerak dalam sistem kesehatan internasional. Pada hal teknis WHO bekerjasama dengan pembuat kebijakan,

⁵⁰ *Ibid.*

mitra kesehatan global, masyarakat sipil, akademisi dan sektor wisata agar mendukung negara-negara untuk mengembangkan, menerapkan dan memantau perencanaan mengenai kesehatan pada setiap negara anggota. Dalam hal lain, WHO mendukung negara-negara anggota untuk menjamin tersedianya layanan kesehatan terpadu yang harganya terjangkau. Selain itu, memfasilitasi akses terhadap teknologi kesehatan yang aman dan efektif. Serta memperkuat sistem informasi kesehatan dan pembuatan kebijakan berdasarkan fakta.

B. Penanggulangan Penyakit Tidak Menular

Penyakit jantung, stroke, kanker, diabetes, penyakit paru-paru kronis dan penyakit mental merupakan penyakit yang menyebabkan 70% kematian di seluruh dunia. Penyakit tidak menular di negara berpenghasilan rendah dan menengah menjadi penyebab 8 dari 10 kematian. Karenanya masalah ini memerlukan solusi yang lebih dari sekedar sistem untuk mencegah dan pengobatan penyakit.

C. Penanggulangan Penyakit Menular

Selain berusaha menanggulain masalah penyakit tidak menular, WHO juga berupaya meningkatkan akses terhadap pencegahan, perawatan untuk penyakit menular seperti HIV, Tuberkulosis, Malaria dan penyakit tropis lainnya yang terabaikan yang dapat dicegah dengan vaksin.

D. Mempromosikan Kesehatan Melalui *Life-Course*

WHO memiliki tugas penting untuk mempromosikan kesehatan yang baik melalui pola hidup agar dapat mempertimbangkan dampak lingkungan dan faktor penentu, gender, serta hak asasi manusia. Karena poin ini menyakut pada

Tujuan Pembangunan Millenium atau MDG (*Millenium Depelovment Goals*) dan mengurangi disparitas antara dan di dalam negara.

E. Kesiadaan, Mengawasi dan Merespon Masalah Kesehatan

WHO memiliki peran operasional dalam menjalankan tugasnya, yaitu memimpin dan mengkoordinasikan respon masalah kesehatan untuk mendukung negara-negara. Selanjutnya WHO memperhitungkan risiko, mengidentifikasi prioritas dan menetapkan strategi, memberikan paduan teknis, menyalurkan pasokan dan sumber daya keuangan serta memantau situasi kesehatan.

F. Layanan *Corporate*

Layanan ini menyediakan fungsi, alat dan sumber daya yang memungkinkan untuk WHO. Misalnya WHO bekerjasama dengan badan-badan *governance* yang menggabungkan negara-negara untuk pembuatan kebijakan. Kemudian membentuk tim hukum yang membina selama membangun perjanjian internasional.

2.2.3 Sistem Global Dalam Isu Kesehatan

Sejak didirikan pada tahun 1948, WHO bertugas sebagai pengarah dan koordinator kebijakan kesehatan internasional. WHO mengimplementasikan perannya melalui kemitraan yang terlibat dalam hal-hal teknis yang berhubungan dengan kesehatan bersama negara-negara anggotanya. Hal-hal teknis yang dilakukan seperti: melakukan penelitian, menetapkan norma, menjadi pimpinan, memberikan dukungan teknis, dan memantau tren kesehatan. Dalam hal finansial WHO, 20% berasal dari iuran negara anggota, sisanya dari dana agensi yang berasal dari

Amerika Serikat, Inggris, *Bill and Melinda Gates Foundation*.⁵¹ Penjelasan selanjutnya mengenai sistem global dalam isu kesehatan berdasarkan WHO tertera dalam grafik berikut:

Grafik 2.1⁵² Kerangka Kerja Sistem Kesehatan WHO



Sistem Kesehatan dalam tubuh WHO memiliki 6 aspek yang berfungsi sebagai penguat sistem dan memiliki cakupan yang berbeda-beda, yang akan dijelaskan seperti berikut:

A. Penyedia Layanan

Elemen yang penting dalam sistem kesehatan ialah penyedia layanan. Karena penyediaan layanan merupakan *input* dasar untuk mengetahui status kesehatan suatu negara.

⁵¹ Danielle Renwick, Toni Johnson, *The World Health Organizations*, dalam <https://www.cfr.org/background/world-health-organization> diakses pada (27/09/17, 23:50 WIB)

⁵² World Health Organization (WHO), *Monitoring The Building Blocks Of Health System: A Handbook of Indicators and Their Measurement Strategies*, dalam http://www.who.int/healthinfo/systems/WHO_MBHSS_2010_full_web.pdf diakses pada (28/09/17, 00:23 WIB)

B. Tenaga Kesehatan

Semua orang yang terlibat dalam tindakan yang tujuannya untuk meningkatkan kesehatan merupakan tenaga kesehatan. Dalam sistem kesehatan disebut dengan sumber daya manusia atau staf klinis, seperti: dokter, perawat, apoteker, staf manajemen dan pendukung.

C. Sistem Informasi Kesehatan

Aspek ini berfungsi sebagai sumber pengambilan keputusan dan memiliki empat tugas, yaitu: pembuatan data, kompilasi, analisis dan sintesis, serta komunikasi dan penggunaan. Hal ini berguna untuk menyaring informasi agar menciptakan kebijakan yang tepat dalam sektor kesehatan.

D. Akses Terhadap Obat Esensial

Akses terhadap obat-obatan esensial dalam sistem kesehatan merupakan hal yang harus dipantau. Karena obat esensial harus selalu memenuhi kebutuhan perawatan kesehatan dalam suatu negara. Obat-obatan esensial harus tersedia yang dapat berfungsi setiap saat dengan jumlah yang memadai serta kualitas yang terjamin dan harga yang dapat dibeli oleh masyarakat internasional.

E. Finansial

Pembiayaan dalam sistem kesehatan berfungsi sebagai mobilisasi, akumulasi dan alokasi dana untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Tujuan dari finansial kesehatan ialah untuk menyediakan dana agar tersedianya layanan kesehatan yang efektif.

F. *Leadership and Governance*

Kepemimpinan dan tata kelola dalam sistem kesehatan bertugas sebagai kontrol terhadap kebijakan, pembentukan koalisi, aturan dan norma, rancangan kerja dan akuntabilitas sistem yang efektif. Aktor memiliki kepentingan yang ada dalam sistem kesehatan (individu, masyarakat, perusahaan, organisasi non-pemerintah, perusahaan swasta dan lain-lain) harus mengelola hubungan karena memiliki tanggung jawab untuk membiayai, memantau, memberikan dan menggunakan layanan kesehatan.

Sebagian memiliki fungsi lintas sektor seperti *Leadership/Governance* dan Sistem Informasi Kesehatan yang berfungsi sebagai wadah pengambilan kebijakan dan peraturan bagi aspek sistem kesehatan lainnya. Finansial dan Tenaga Kesehatan merupakan komponen utama dalam sistem kesehatan. Selanjutnya aspek Pemberian Layanan dan Akses Terhadap Obat Esensial merupakan cerminan dari *output* atau hasil sistem kesehatan yaitu ketersediaan dan pendistribusian kebutuhan kesehatan ke seluruh negara anggota WHO.⁵³ Kemudian keenam aspek ini akan menghasilkan output berupa peningkatan kesehatan, kesiapan respon masalah kesehatan, perlindungan risiko sosial dan finansial, dan peningkatan efisiensi pada setiap masalah kesehatan dunia serta diaplikasikan dalam sistem kesehatan oleh WHO dan negara-negara anggotanya..

Penelitian ini menyoroti ketidaksetaraan dalam akses kesehatan dunia yang terjadi pada negara-negara dunia ketiga atau negara-negara berkembang. Dengan kata lain penyediaan layanan, tenaga kesehatan, sistem informasi kesehatan, akses

⁵³ *Ibid.*

terhadap obat esensial, finansial, dan *leadership/governance* tidak terlaksana dengan secara adil di seluruh negara.

Pada kawasan Afrika, sistem kesehatan dinilai sebagai sumbangsih terbesar terhadap kemiskinan dan ketidakadilan. Sistem kesehatan yang lemah diperparah dengan beban untuk menghadapi penyakit menular terus meningkat, angka kematian anak dan ibu yang tinggi, epidemi yang berkelanjutan dan krisis manusia. Maka peningkatan sistem kesehatan sangat relevan untuk mengatasi kemiskinan dan ketidakadilan dengan meningkatkan akses terhadap pelayanan dan mempromosikan tindakan kesehatan lintas sektor untuk memperbaiki masalah-masalah kesehatan di Afrika.⁵⁴ Kemudian negara-negara Afrika Timur hingga saat ini berjuang untuk memerangi kemiskinan, pembangunan ekonomi, keamanan dan stabilitas politik menjadi tujuan utama kebijakan publik. Sama hal nya dengan sistem akses kesehatan, kendala terbesar yang dialami ialah kurangnya praktisi kesehatan dalam ranah diplomasi sehingga negara-negara Afrika Timur kesulitan dalam akses informasi kesehatan.⁵⁵ Kemudian negara-negara Asia Tenggara-China merupakan wilayah tropis yang mudah menjadi sasaran berkembangnya virus dan bakteri. Di kawasan ini pernah terjadi perselisihan mengenai *virus sharing* yang muncul akibat adanya wabah flu burung H5N1 yang melibatkan institusi WHO, Amerika Serikat dan MNC khususnya perusahaan farmasi.⁵⁶

⁵⁴ Luis Gomes Sambo, *Health System Care African Region*, dalam <https://www.who.int/en/ahm/issue/14/editorial/health-systems-and-primary-health-care-african-region> diakses pada (27/11/17, 01:14 WIB)

⁵⁵ George, K Nganga, *Emerging International issues in Health Diplomacy a Case Study of Kenya*, dalam http://erepository.uonbi.ac.ke/bitstream/handle/11295/77748/Nganga_Emerging%20international%20issues%20in%20health%20diplomacy.pdf?sequence=4&isAllowed=y diakses pada (16/03/17, 20:37 WIB)

⁵⁶ Akan dijelaskan pada bab selanjutnya.

Melihat ketidaksetaraan yang dialami oleh negara-negara berkembang terhadap akses kesehatan, maka menjadi relevan jika dikaitkan dengan adanya monopoli politik dunia yang menyebabkan adanya ketidakadilan akses kesehatan oleh negara-negara maju dan negara-negara berkembang.

2.2.4 Kebijakan Mengenai Penyerahan Virus Wabah Penyakit Menular (*Virus Sharing*) Ke WHO

Sebagai organisasi yang bergerak dalam bidang kesehatan, WHO dengan segala peran dan fungsinya turut mengambil peran dalam mengatasi masalah-masalah kesehatan di negara-negara anggotanya. Penyerahan virus wabah penyakit (*virus sharing*) merupakan hal penting untuk kesiapsiagaan pandemi global. *Virus sharing* dapat menjadi tempat penilaian risiko pandemi, pengembangan vaksin, dan kepentingan-kepentingan kesehatan lainnya.⁵⁷ Selama kurang lebih 60 tahun, *global influenza governance* atau tata kelola influenza global telah melakukan program-program, seperti: WHO yang berkolaborasi dengan laboratorium-laboratorium setiap tahunnya untuk menganalisa sampel virus influenza baru di Asia dan memproduksi vaksin untuk wabah-wabah penyakit yang disebabkan virus.⁵⁸ WHO harus menjadi koordinator kesiapsiagaan dalam merespon pandemi influenza sesuai dengan yang tertera dalam *International Health Regulation* tahun 2005. Kemudian WHO harus memberi perhatian khusus pada kebijakan dan praktik untuk bertindak adil demi mempromosikan keadilan serta WHO bekerjasama

⁵⁷ World Health Organization (WHO), *Virus Sharing*, dalam http://www.who.int/influenza/pip/virus_sharing/en/ diakses pada (16/08/17, 05:30 WIB)

⁵⁸ Laurie Garrett, David P Fidler, *Sharing H5N1 Viruses to Stop a Global Influenza Pandemic*, diakses dalam <http://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.0040330> (18/08/17, 03:00 WIB)

dengan negara-negara anggota dan pemangku kepentingan lain. Kerjasama yang dilakukan ialah mencari alokasi sumber daya medis (vaksin, anti virus dan bahan diagnostik), mengidentifikasi risiko kesehatan dan segala kebutuhannya.⁵⁹

Kebijakan *virus sharing* bersumber pada Peraturan Kesehatan Internasional (IHR/ *International Health Regulation*) tahun 2005. Dalam perkembangannya, ada dua penafsiran dalam memaknai mekanisme *virus sharing*. Adanya perbedaan tafsir disebabkan oleh tidak ada aturan tertulis maupun aturan khusus mengenai mekanisme *virus sharing* tersebut. Tafsir pertama berpendapat bahwa IHR 2005 mewajibkan negara untuk melakukan *virus sharing* sebagai pemberian informasi kepada WHO demi kepentingan kesehatan publik yang bisa menjadi suatu peristiwa internasional. Hal ini didukung kuat dengan resolusi WHA 59.2 tahun 2006 yang mengatur mengenai *virus sharing* setelah adanya wabah dari spesimen influenza H5N1 dan virus tersebut dikirimkan kepada *Global Influenza Surveillance Network* (GISN).⁶⁰

Sedangkan tafsir kedua berpendapat bahwa IHR 2005 tidak mewajibkan suatu negara untuk mengirimkan virus ke WHO. Pendapat ini berkeyakinan bahwa resolusi WHA memiliki pemaknaan yang berbeda dalam *virus sharing*, dalam arti sempit berarti kegiatan tersebut menjadi pengetahuan dan fakta yang berguna sebagai sebuah informasi. Sedangkan dalam arti luas *virus sharing* menjadi

⁵⁹ World Health Organization (WHO), *Pandemic Influenza Preparedness Framework*, diakses dalam http://apps.who.int/gb/pip/pdf_files/pandemic-influenza-preparedness-en.pdf (16/08/17, 05:34 WIB)

⁶⁰ Endang R Sedyaningsih, Siti Isfandari, dkk, *Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in Virus sharing Mechanism: The Influenza Case of Indonesia*, dalam <http://www.annals.edu.sg/pdf/37VolNo6Jun2008/V37N6p482.pdf> diakses pada (10/11/2017, 00:57 WIB)

kegiatan yang berfokus pada bahan biologi yang relevan tergantung pada pemilik kepentingan. Karena adanya arti ganda ini, maka tafsir yang kedua meyakini bahwa suatu negara berhak menentukan tindakan pengiriman virus atau pun tidak sesuai dengan hak dan wewenang suatu negara.⁶¹ Indonesia dalam hal ini melakukan kedua tafsir tersebut dalam waktu yang berbeda. Awalnya Indonesia bersedia untuk melakukan *virus sharing* karena ini adalah suatu kewajiban negara anggota WHO yang negaranya terserang wabah flu burung, namun setelah keganjilan yang ditemukan Indonesia saat meminta hasil data *sequencing* virus H5N1 dari Indonesia, WHO tidak kunjung memberikan hasilnya. Kemudian Indonesia menghentikan pengiriman kegiatan *virus sharing* kepada WHO sesuai dengan tafsir kedua.

Karena perilaku Indonesia yang menghentikan kegiatan *virus sharing*, negara lain seperti China dan Vietnam mempersulit prosedur *virus sharing* H5N1-nya kepada WHO. Ini terjadi karena di beberapa negara asia tenggara khawatir dengan dampak yang telah disebabkan oleh virus H5N1 di negaranya.⁶²

Adanya kekhawatiran tersebut berdampak kepada keterhambatan dalam mekanisme *virus sharing* H5N1 dan WHO mendapatkan kesulitan untuk penciptaan vaksin serta harus mencari jalan keluar atas masalah ini. Namun kejadian ini membuahkan hasil yang memberi peluang kepada Indonesia untuk membawa masalah *virus sharing* ini ke dalam forum WHA.⁶³

⁶¹ Ibid.

⁶² Lisa Schnirring, *WHO Group Tackle H5N1 Virus Sharing Dispute*, dalam <http://www.cidrap.umn.edu/news-perspective/2007/11/who-group-tackle-h5n1-virus-sharing-dispute> diakses pada (13/11/17, 00:44 WIB)

⁶³ Selengkapnya akan dijelaskan di dalam BAB III.

2.3 Politik Kesehatan WHO dalam Pemberantasan Flu Burung di Indonesia

Maraknya wabah flu burung yang bisa mengancam siapa pun dan dimana pun menjadi isu internasional. WHO sebagai organisasi yang bergerak dalam bidang kesehatan juga turut mengambil peran dalam mengatasi wabah flu burung di negara-negara yang terkena wabah. Karena Indonesia menjadi salah satu negara yang paling banyak kasus flu burung ditemukan, maka WHO turut berkomitmen untuk membantu Indonesia dalam menangani wabah.

WHO memberi dua jenis bantuan kepada Indonesia dalam menangani flu burung di Indonesia, bantuan finansial dan bantuan teknis. Indonesia menerima bantuan berupa dana bantuan dari WHO yang dikumpulkan melalui bantuan dana dari *Food and Agriculture Organization* (FAO), *United States Agency for International Development* (USAID), dan *Australian Agency for International Development* (AUSAID). Pada tahun 2005, pemerintah Indonesia menerima 536.800 kapsul Oseltamivir⁶⁴, masing-masing 3.800 kapsul dari WHO, 500.000 kapsul dari USAID-WHO. Selain itu Jepang juga memberikan dana sebesar kurang lebih 41 juta USD yang dihibahkan atas nama WHO. Kemudian melalui WHO, USAID memberikan 36.000 box Tamiflu.⁶⁵

Selain itu WHO juga memberikan bantuan teknis berupa himbauan kepada negara-negara yang terserang wabah flu burung agar memberikan sample virus agar diteliti untuk menciptakan vaksin. Bantuan teknis dari WHO berfokus pada

⁶⁴ Obat antiviral yang digunakan untuk penanganan influenza A dan B serta dianjurkan untuk pencegahan flu burung.

⁶⁵ Devi Anggraeni, 2011, *Kepentingan Multinational Corporation (Perusahaan Farmasi) dalam Program Penanganan Flu Burung oleh World Health Organization di Indonesia*, Malang: Jurusan Hubungan Internasional, Universitas Muhammadiyah Malang. Hal 63-65.

penanganan ancaman flu burung seperti: penyelidikan pada kasus flu burung, kemudian menyiapkan perencanaan persiapan untuk menghadapi pandemi dengan memberi vaksin dan sosialisasi ancaman wabah flu burung serta pencegahannya, yang terakhir yakni melakukan program-program teknis pelatihan untuk menghadapi flu burung. Pada bulan April 2007 Indonesia mengadakan pelatihan pengembangan dan keterampilan untuk pencegahan flu burung bersama dengan WHO di seluruh provinsi yang ada di Indonesia.⁶⁶ Akan tetapi dibalik semua bantuan yang telah diberikan oleh WHO terdapat kepentingan lain dari WHO dan beberapa aktor lainnya.

2.3.1 Provokasi WHO Dalam Bantuan Penanganan Flu Burung Di Indonesia

Peran WHO dalam menangani flu burung di Indonesia dengan memberikan bantuan secara finansial dan teknis sudah menggambarkan perannya sebagai organisasi internasional yang bergerak dalam bidang kesehatan. Akan tetapi dibalik keterlibatan WHO dalam bantuannya di Indonesia menjadi ladang kepentingan bagi perusahaan farmasi, seperti: Merck, Baxter, Roche, Sanofi Pasteur dll).⁶⁷ Dalam hal ini MNC memasarkan produk vaksin yang mereka produksi secara global dan mengambil keuntungan yang sebesar-besarnya. Karena tindakan manipulatif yang dilakukan oleh WHO berupa propaganda bahwa adanya ancaman pandemik flu burung di Indonesia, akibatnya masyarakat Indonesia membeli obat-obatan dari perusahaan farmasi yang mengambil keuntungan di Indonesia.⁶⁸

⁶⁶ *Ibid*, hal 65-66.

⁶⁷ *Ibid*, hal 77-78.

⁶⁸ Devi Anggraeni, *Op. Cit*, hal 83-84.

Karena adanya tindakan yang dilakukan oleh WHO ini, membuat Indonesia tidak bisa menerima kejadian tersebut. Kejadian ini diperparah saat Siti Fadhillah Supari berhasil menelaah bahwa ternyata GISN (*Global Influenza Surveillance Network*)⁶⁹ bukan bagian dari struktur WHO melainkan masuk dalam struktur pemerintahan Amerika Serikat.⁷⁰ Hal seperti ini jika didiamkan maka akan menimbulkan kesalahpahaman antar aktor yang terlibat. Sedangkan WHO tidak memiliki aturan yang jelas mengenai *virus sharing*, tidak adanya kejelasan dalam artian tidak aturan tentang negara pengirim virus untuk memiliki hak apapun selain mengirimkan virusnya kepada GISN. Negara-negara yang terserang wabah diwajibkan mengirimkan virus dengan motif kepentingan penelitian agar terciptanya vaksin. Akan tetapi setelah semuanya mengirimkan virus secara gratis, para negara pengirim virus tidak bisa mengetahui bagaimana nasib virus yang dikirimkan selanjutnya. Adanya komersialisasi yang dilakukan GISN merupakan tindakan yang tidak adil dan melanggar hukum *The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS).⁷¹ Tindakan yang dilakukan WHO ini sudah melanggar sistem kesehatan yang telah ditentukan dalam kerangka kerja WHO sendiri.

Karena hal itu Indonesia menolak untuk berbagi virus kepada WHO pada akhir tahun 2006. Bahkan penolakan yang dilakukan Indonesia mengejutkan banyak negara karena dinilai membahayakan sistem kesehatan masyarakat global.

⁶⁹ Tempat penelitian virus flu burung yang dikirimkan negara-negara yang terserang wabah.

⁷⁰ Susi Susanti, *Protes Ketidakadilan Pengelolaan Virus WHO : Wawancara Khusus dengan Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari*, dalam http://perpustakaan.depkes.go.id:8180/getbitstream/?media=/123456789/7/1/wawancarakhususmentkes_ktdkadilanWHO.pdf diakses pada (07/08/17, 11:18 WIB)

⁷¹ *Ibid.*

Negosiasi yang dilakukan antara WHO dan Indonesia cukup sulit dilakukan, karena Indonesia terus menolak untuk berbagi kecuali dengan perubahan dalam sistem akses terhadap vaksin WHO. Pada September 2007, Indonesia sempat bersedia berbagi virus akan tetapi perselisihan dengan WHO tetap ada.⁷²

2.3.2 Ketidakadilan Akses Obat dan Vaksin dalam WHO

WHO mendiagnosa bahwa kasus flu burung pada manusia pertama di Indonesia merupakan kasus penularan antar manusia (*human to human transmission*) yang mana ini bertentangan dengan dugaan Menteri Kesehatan Siti Fadilah Supari. Setelah Indonesia meneliti dan hasil *sequencing* DNA virus dari kasus tersebut keluar, ternyata hasilnya tidak menunjukkan bahwa itu terjadi karena penularan antar manusia melainkan penularan dari unggas secara langsung, hanya saja jenis virusnya lebih ganas.⁷³

Indonesia secara transparan mengirimkan hasil data DNA virus H5N1 kepada WHO dan GISN untuk membuktikan bahwa pernyataan yang dikeluarkan oleh WHO tidak benar. Indonesia meminta bukti berupa data *sequencing* kepada WHO akan tetapi tidak diberikan. Siti Fadillah Supari mengungkapkan bahwa data yang disimpan oleh WHO ternyata disimpan di *Los Alamos National Laboratory* di New Mexico yang berada di bawah naungan Kementrian Energi Amerika Serikat. Hal ini menjadi wajar jika Indonesia mencurigai sikap WHO yang mengirimkan data kepada laboratorium naungan Kementrian Energi. Mengingat bahwa Los Alamos

⁷² *Op. Cit.* Laurie Garrett, David P Fidler.

⁷³ Siti Fadilah Supari, 2008, *Saatnya Dunia Berubah: Tangan Tuhan di Balik Virus Flu Burung*, PT. Sulaksana Watinsa: Jakarta, hal 13-16.

adalah laboratorium tempat untuk perakitan bom atom untuk Hiroshima tahun 1945.⁷⁴

Selain data yang tidak kunjung diperlihatkan oleh WHO, adapun ketidakadilan lain yang dirasakan oleh Indonesia. Saat wabah yang flu burung menyebar di Indonesia dan pemerintah sudah menyiapkan dana untuk membeli obat kepada WHO, ternyata obat tersebut sudah habis dipesan oleh negara-negara maju sebagai persediaan. Obat tersebut ialah Tamiflu yang merupakan satu-satunya obat yang bisa mencegah perkembangan virus untuk manusia yang terinfeksi virus flu burung. Hal ini menjadi janggal ketika diketahui bahwa yang membeli Tamiflu pada WHO ialah negara yang tidak ada kasus flu burung di negaranya.⁷⁵ Ketidakadilan dalam sistem akses kesehatan global ini membuktikan bahwa masih adanya ketidaksetaraan dalam sistem kesehatan global. Negara maju bisa leluasa mengaksesnya dengan kekuatannya sedangkan negara berkembang merasakan dampak yang nyata akibat ketidakadilan ini.

2.3.3 Komersialisasi Virus Milik Indonesia oleh WHO

Setelah menyebarkan propaganda bahaya flu burung di Indonesia dan ketidakadilan dalam akses obat dan vaksin, WHO juga mengomersilkan sampel virus flu burung dari Indonesia. WHO juga bekerjasama dengan negara maju untuk mengembangkan virus dari agen flu burung Indonesia. Salah satu negara yang mengungkapkan adanya komersialisasi sampel virus yakni Australia. Dalam siaran Radio ABC Australia yang sedang melakukan interview dengan Menteri Kesehatan

⁷⁴ *Ibid*, hal 17-19.

⁷⁵ Detik News, *Mengurai Ketamakan Negara Maju*, dalam <https://news.detik.com/berita/898146/mengurai-ketamakan-negara-maju> diakses pada (03/01/2018, 00:22 WIB)

Indonesia Siti Fadilah Supari. Pemerintah Australia menklarifikasi kepada Menteri Kesehatan Indonesia adanya kegiatan penjualan vaksin flu burung untuk *strain* virus dari Indonesia.⁷⁶ Hal ini membuat Indonesia sadar bahwa adanya kerjasama WHO, perusahaan farmasi serta negara maju dalam mengembangkan virus milik Indonesia. akan tetapi hal ini sangat jelas menyalahi aturan *The Agreement on Trade-Related Aspects of Intellectual Property Rights* (TRIPS) atau HAKI (Hak Akan Kekayaan Intelektual).

Amerika Serikat dan Australia merupakan negara yang diketahui mengembangkan dan memproduksi vaksin dari virus flu burung milik Indonesia tanpa izin dari Indonesia. Karena hal ini, Indonesia menuntut WHO agar mengatur tentang virus yang diberikan oleh negara yang terserang wabah dikirimkan untuk keperluan diagnosis bukan untuk bahan komersial.⁷⁷ Sangat tidak adil jika virus berasal dari Indonesia dan penderita flu burung yang berasal dari Indonesia namun vaksinnya harus dibeli dari negara lain.

Setelah beberapa tindakan dari WHO, perusahaan farmasi dan negara maju yang memanfaatkan kejadian flu burung di Indonesia demi kepentingannya, Indonesia memutuskan untuk menghentikan pengiriman virus penyakit kepada WHO. Indonesia bersedia mengirimkannya kembali dengan syarat WHO harus mengubah sistem akses mekanisme *virus sharing*. Seperti yang pernah diucapkan oleh Menteri Kesehatan Indonesia Siti Fadilah Supari saat bertemu dengan utusan

⁷⁶ *Ibid*, hal 112.

⁷⁷ Detik News, *Sampel Genetik Virus Flu Burung Indonesia Dicuri Negara lain*, dalam <https://news.detik.com/berita/739402/sampel-genetik-flu-burung-indonesia-dicuri-negara-lain> diakses pada (03/01/2018, 01:42 WIB)

WHO beberapa saat setelah Indonesia menghentikan pengiriman virusnya ke WHO, yang berbunyi⁷⁸ :

“Mekanisme baru yang *fair* dan adil, dan kita mempunyai akses yang menguntungkan bagi negara berkembang dan menderita. Dalam resolusi WHO memang ada intensif tapi intensif itu berarti macam-macam bisa, berbentuk uang, *capacity building* atau *transfer of technology*, yang jelas kita tidak *dicuekin* lagi. Selama ini negara yang mempunyai virus *tau-taunya* ada negara lain yang membuat vaksin dan itu tidak *fair*”

Dari pernyataan Menteri Kesehatan Indonesia tersebut, sangat jelas jika Indonesia menginginkan adanya perubahan dalam sistem kesehatan global yang selama ini merugikan negara-negara berkembang. Adapun upaya-upaya Indonesia untuk melawan ketidakadilan sistem kesehatan global, baik dengan melakukan kerjasama bilateral hingga multilateral. Dalam kerjasama multilateral, Indonesia ikut serta dalam inisiasi FPGH (Foreign Policy and Global Health).

2.4 Inisiasi Multilateral FPGH (*Foreign Policy and Global Health*)

Inisiasi FPGH digagas oleh 7 Menteri Luar Negeri, yaitu: Norwegia, Indonesia, Brazil, Prancis, Thailand, Senegal dan Afrika Selatan pada bulan September 2006 di Newyork. Gagasan ini kemudian disahkan dalam Deklarasi Oslo yang dilaksanakan di Norwegia pada tanggal 20 Maret 2007. Negara-negara tersebut bertujuan untuk meningkatkan upaya bersama yang bersifat kolaboratif dalam mengatasi masalah kesehatan global. Ketujuh negara berupaya mendorong gagasan baru, mencari, menciptakan, dan mengembangkan mekanisme baru untuk

⁷⁸ Redaksi KabarIndonesia, *Setelah Perundingan Alot, Indonesia Kembali Kirim Sampel Virus H5N1*, dalam <http://www.kabarindonesia.com/berita.php?pil=3&jd=Setelah+Perundingan+Alot%2C+Indonesia+Kembali+Kirim+Sampel+Virus+H5N1&dn=20070217055805> diakses pada (03/01/2018, 01:56 WIB)

bekerjasama dalam isu kesehatan global. Hal ini dikarenakan investasi di bidang kesehatan sangat penting bagi pertumbuhan ekonomi dan pembangunan suatu negara.⁷⁹

Ketujuh negara memprakarsai deklarasi dengan semangat bahwa globalisasi membutuhkan bentuk pemerintahan yang bisa memastikan pembangunan berkelanjutan, menjamin keadilan ekonomi, perdamaian dan keamanan. Maka kerjasama dalam hal ini sangat dipelukan untuk membentuk sebuah tanggungjawab bersama yang menjaga rasa saling percaya, transparansi, akuntabilitas dan keadilan. Inisiasi ini dibangun berdasarkan pada pengakuan akan hak asasi manusia merupakan hal yang paling mendasar dalam kehidupan serta kesehatan merupakan asset yang paling berharga. Berusaha untuk memperbaiki sistem kesehatan yang belum sepenuhnya responsif, adil, dan transparan.⁸⁰

Negara-negara yang bergabung FPGH tidak hanya berfokus pada isu kesehatan secara umum, selain itu anggota juga memberi perhatian pada isu lainnya seperti reformasi WHO, agenda pembangunan berkelanjutan Rio 20+ dan *global health governance*.⁸¹ Selanjutnya FPGH memiliki agenda pokok dalam pelaksanaannya, yaitu: peningkatan kapasitas terhadap jaminan kesehatan (*capacity for health security*), menghadapi ancaman terhadap keamanan kesehatan global (*facing threats to global health security*), dan menjadikan globalisasi bekerja untuk semua isu (*making globalization work for all*).

⁷⁹ Celso Amorim. Philippe Doste Blazy, dkk, *Oslo Ministerial Declaration – Global Health: a Pressing Foreign Policy Issue of Our Time*, dalam http://www.who.int/trade/events/Oslo_Ministerial_Declaration.pdf diakses pada (06/08/17, 21:10 WIB)

⁸⁰ *Ibid.*

⁸¹ Rizki A. Kurniawan. *Op. Cit.*

2.4.1 Agenda Pokok FPGH

Kerjasama negara-negara yang bergabung dalam FPGH sudah merancang sedemikian rupa agenda-agenda pokok yang dilaksanakan⁸², antara lain:

A. Peningkatan Kapasitas Terhadap Jaminan Kesehatan

Pada agenda ini, ada tiga poin yang dituju oleh FPGH dan semua poin berhubungan dengan kebijakan luar negeri. *Pertama*, kesiapsiagaan dan kebijakan luar negeri. Dalam hal ini, kesiapan suatu negara merupakan tema di setiap isu. Diperlukan kesiapan untuk merespon ancaman dan risiko kesehatan nasional agar terciptanya mekanisme untuk mengambil tindakan atas masalah. *Kedua*, pengendalian penyakit menular. Harus adanya upaya untuk memahami bahwa adanya dampak bahaya dari penyakit menular seperti pandemi influenza. Penanganan harus dilakukan dengan membangun komitmen komunikasi dan berbagi informasi antar negara. *Ketiga*, sumber daya manusia untuk kesehatan. Kekurangan dan kemunduran dalam kesehatan saat ini disebabkan oleh kurangnya petugas kesehatan yang terlatih.

B. Menghadapi Ancaman Terhadap Keamanan Kesehatan Global

Dalam menghadapi ancaman keamanan pada kesehatan, FPGH berupaya agar lebih mempromosikan perdamaian, isu kesehatan perempuan dan anak untuk bertahan hidup dan menjaga kesehatan. Kemudian meningkatkan akses terhadap layanan kesehatan dengan meningkatkan infrastruktur kesehatan dan kapasitas petugas kesehatan. Pada kenyataannya

⁸² Celso Amorim, *Op. Cit.*

tantangan yang dihadapi isu kesehatan sekarang ialah masalah kesehatan yang terlihat terbengkalai dan tindakan yang telah dilakukan tidak dibiarkan tersorot oleh media. Padahal jika media banyak menaruh perhatian kepada masalah kesehatan, maka masyarakat bisa melakukan persiapan atau pencegahan untuk keamanan kesehatan. selain itu juga mempromosikan penjagaan terhadap iklim, biosecurity, keamanan hayati dan keterkaitan antara kesehatan dan lingkungan global demi terciptanya hubungan yang dinamis antara manusia dan lingkungan hidup.

C. Menjadikan Globalisasi Bekerja untuk Semua Isu

Globalisasi dalam hal ini digunakan sebagai kepentingan bersama dalam kesehatan masyarakat global agar memberikan prioritas utama kepada isu kesehatan dalam agenda pembangunan nasional maupun internasional. upaya ini dilakukan dengan memperkuat efisiensi inisiatif (dalam hal ini FPGH) dan berkoordinasi lebih baik dengan beberapa penyedia bantuan seperti badan-badan PBB, lembaga finansial, negara pendonor dll. Kemudian yang perlu dikhawatirkan ialah kebijakan dan kesepakatan perdagangan internasional untuk meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan. Sistem perdagangan universal, berbasis aturan, tidak diskriminatif yang mendukung keamanan kesehatan internasional. lalu memastikan akses setara dan universal terhadap obat-obatan esensial demi kesehatan masyarakat global.

FPGH berupaya menciptakan tata kelola yang lebih baik guna kolaborasi dalam bidang kesehatan yang lebih kuat. Kesehatan bukan merupakan hal yang

baru dalam globalisasi tapi tata kelola kesehatan global belum mempuni untuk semua negara. Diperlukan mekanisme dan aliansi baru agar terciptanya koordinasi yang lebih baik.

